

THÈSE

190

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Ignace-Pierre DUBA

Né le 8 Novembre 1911, à Niesles (Haute-Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 1945

Au sujet du diagnostic
de l'Infection Intestinale aiguë

Président : M. Maurice LOEPER, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1947

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945.

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Ignace-Pierre DUBA

Né le 8 Novembre 1911, à Niesles (Haute-Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 1945

Au sujet du diagnostic
de l'Infection Intestinale aiguë

Président : M. Maurice LOEPER, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1947

DOYENS HONORAIRES :
MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN, ROUSSY

PROFESSEURS HONORAIRES :
MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BEZANÇON, BRINDEAU,
CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLEMO, A. COUVELAIRE, DELLET, HARTMANN,
HEITZ-DOYER, JEANNIN, LAIGNEZ-LAVASTINE, LAUDRY, LEMIERRE,
LENORMANT, MARION, MULON, OMBREDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE
SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON

DOYEN : LÉON BINET, Membre de l'Institut
ASSESEUR : Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (f.f.).
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROCC.
	{ CADENAT.
	{ MONDOR.
	{ QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (f.f.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale....	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Cliniques médicales	{ BENARD (H.).
	{ CHABROL.
	{ HARVIER.
	{ LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOUL.
	{ LÉVY-SOLAL.
	{ PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	ALAJOUANINE.

Histologie	MM. CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (f.f.).
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROIL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
HALPEN (*Oto-Rhino-Laryngologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LÉVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. DELMAS. DEBEYRE (f.f.). DELARUE.	Obstétrique	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Anat. pathologique..	{ M ^{lle} GAUTHIER WILLARS.	Ophthalmologie	OFFRET.
Bactériologie	{ BONNET. FASQUELLE.	Oto-rhino-laryngol...	AUEIN.
Biochimie médicale.	{ ETTORI. SCHAPIRA.	Parasitologie	BRUMPT, L.C.
Dermato-Syphilogra-	DECOS.	Pathologie chirurgic.	{ FEVRE. HUCIER. LEGER.
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.		{ MERLE D'AU- BIGNÉ.
Hydrologie	DEBRAY.	Psychiatrie	BARUK.
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.	Urologie	COUVELAIRE.
Médecine légale	DESOLLE.		{ PADOVANI. PATEL.
Neurologie	DE SEZE.	Pathologie-chirurgic.	{ ROUX. RUDLER. SICARD.

Pathologie expérim..	MERKLEN.	Pédiatrie	(LAPLANE.
	(BROUET.		(MARIE (Jul.).
	CACHERA.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	DECOURT.	Physiologie	(BARGETON.
	DREYFUS (G.)		(PARROT.
	FAUVERT.	Physique médicale .	DJOURNO.
	GARCIN.	Thérapeutique Agr.	BROUET.
Pathologie médicale.	(HAMBURGER.	ch. dents.	
	KOURILSKY.		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	(SOULIE.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
 RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS
 MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
 HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT			
	(AMELINE.		(BARIETY.
	BASSET.		BOULIN.
	DE GAUDART		CHEVALIER.
Cliniq. chirurgicale.	(D'ALLAINES.		COSTE.
	F. BRENTANO.	Clinique médicale ..	(DE GENNES.
	GATELLIER.		HAGUENEAU.
	MENÉGAUX.		MOLLARET.
	(ÉCALLE.		MOUQUIN.
	(LACOMME.		(TURPIN.
Clinique obstétricale .			
Clinique ophtalmol. .	RENARD.	Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS
 Radiologie LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté.	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.
Bibliothécaire en Chef..	A. HAHN.
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR CH. DUBA
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MA SOEUR
LE DOCTEUR CH. DUBA

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR MAURICE LOEPER

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Thérapeutique médicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

*En remerciement du grand honneur qu'il
nous a fait d'accepter la Présidence
de cette Thèse.*

A M. LE DOCTEUR A.-R. SALMON-MALEBRANCHE
Ex-Chef de Clinique à la Faculté, Assistant des Hôpitaux

Dont le bienveillant accueil à la consultation de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Cochin nous permit de prendre la plupart de nos observations.

Témoignage de vive reconnaissance pour ses judicieux conseils et pour tout l'intérêt qu'il nous a porté.

A M. LE DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a éclairé de ses précieux conseils. Son vivant Service restera pour nous le meilleur souvenir de notre vie hospitalière.

A M. LE DOCTEUR BENOIST
Médecin des Hôpitaux

*En le remerciant de son enseignement
et de ses directives.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur SERGENT (*in memoriam*)

M. le Professeur LENORMAND
Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

M. le Docteur GAUTHIER
Médecin des Hôpitaux

M. le Professeur LEREBoullet (*in memoriam*)

M. le Professeur GOUGEROT

M. le Professeur GUILLAIN

M. le Professeur LEMIERRE

M. le Docteur DIGONNET
Accoucheur des Hôpitaux

M. le Professeur LEMAITRE

M. le Professeur VELTER

INTRODUCTION

Ayant, au cours de nos études médicales, vu de nombreux malades atteints d'affections intestinales, notre attention a été attirée sur la difficulté qu'il y a à distinguer les troubles d'origine nerveuse des manifestations d'origine infectieuse. En particulier, à la Consultation de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Cochin, nous avons eu l'occasion de mettre au point une épreuve diagnostique permettant de dissocier les entéronévroses des entéro-colites infectieuses vraies.

Nous tenons à remercier ici le Docteur SALMON qui nous a donné l'idée de ce travail et a bien voulu nous guider au cours de sa préparation et de sa rédaction.

HISTORIQUE

Nous rappellerons brièvement les principales recherches qui ont été faites sur cette question. Nous ne le ferons que d'une manière succincte, les mêmes références ayant été données dans une thèse récente consacrée au diagnostic des entéronévroses et de l'appendicite chronique (Mlle ARDILLIER, Thèse de Paris, 1945).

Depuis le travail que BARRIAS consacra en 1826 aux troubles gastriques et intestinaux d'origine nerveuse, la plupart des auteurs ont surtout discuté de la fréquence ou de la rareté des entéronévroses.

LAIGNEL-LAVASTINE, dans son livre sur le sympathique, a montré le rôle du système nerveux neuro-végétatif dans les troubles intestinaux et a donné un regain d'actualité à un certain nombre de manifestations que nous engloberons dans l'appellation générale d'entéro-névroses.

Tout récemment enfin, CHIRAY, puis A.-R. SALMON, sont revenus sur la question, ce dernier recherchant surtout un moyen pratique pour le diagnostic des affections neuro-végétatives du tube digestif abdominal.

Dans ce qui va suivre, nous laisserons de côté la question de l'appendicite chronique qui a été traitée par ailleurs, et nous nous occuperons surtout des manifestations intestinales infectieuses frappant la totalité de l'intestin, c'est-à-dire de côlites et entéro-côlites, dans leurs formes aiguës et subaiguës, et surtout de leurs variétés frustes où leur diagnostic est le plus difficile.

NATURE DE L'INFECTION INTESTINALE

L'infection intestinale peut revêtir en clinique deux variétés. Dans la première, elle répond à un microbe donné, véritablement spécifique et qui la marque d'une individualité, extrêmement nette, qui en facilite le diagnostic ; c'est dans cette catégorie qu'il faut faire entrer, par exemple, la fièvre typhoïde, les infections paratyphiques et la dysenterie amibienne.

Nous laisserons de côté tous les faits de cet ordre et nous étudierons surtout les cas appartenant à la deuxième variété.

Dans celle-ci, il faut faire entrer toutes les affections intestinales de causes indéterminées ou mal définies, qui prennent une allure clinique commune, quelque soit leur étiologie.

Dans ce groupe, on peut distinguer assez schématiquement un certain nombre de cas qui ne sont que théoriques, car le diagnostic étiologique est fort difficile et l'on ne peut faire pour eux qu'une description commune.

On peut distinguer :

a) Des infections d'origine microbienne, le plus souvent dues aux colibacilles et aux entérocoques, parfois aux différents bacilles dysentériques.

b) Des infections, ou mieux infestations d'origine parasitaire, dues à la présence de protozoaires ou de vers intestinaux ; il s'agit ici le plus souvent de lamblïase ou d'oxyurose.

ETUDE CLINIQUE

Comme nous l'avons dit précédemment, nous ne ferons de cette infection intestinale discrète qu'un tableau unique au cours duquel nous mettrons surtout en relief l'intrication des signes infectieux et des signes nerveux.

Dans tous les cas, ces signes sont extrêmement variables, comme intensité et comme durée ; souvent ce sont les signes nerveux qui dominent la scène, les signes infectieux demandant à être recherchés avec soin. Nous pensons qu'il est possible de les distinguer en :

- 1° Signes généraux.
- 2° Signes fonctionnels mécaniques.
- 3° Signes de propagation de voisinage de l'infection intestinale.

1° SIGNES GÉNÉRAUX

La Fièvre est un signe à peu près constant, mais elle peut être discrète et fugace. La plupart du temps il s'agit d'une fébricule ne dépassant par 38°5, au cours de petits clochers de durée assez brève.

Au moment de ces petites exacerbations thermiques on note parfois un frisson.

Si l'on suit le malade pendant un certain temps, on s'aperçoit qu'en dehors de ces poussées,

il a souvent une température légèrement anormale et, dans bien des cas, la courbe thermique est inversée, présentant son maximum le matin au réveil ($37^{\circ}5$ ou 6 le matin, $37^{\circ}2$ ou 3 le soir).

La Fatigue est le second signe fonctionnel qui attire l'attention ; c'est elle qui amène le malade à consulter. Elle est surtout marquée le soir, disproportionnée, par rapport aux efforts fournis dans la journée. Elle peut s'accompagner de courbatures et surtout de douleurs dans la région lombaire ou dans la région vertébrale supérieure, entre les deux omoplates.

L'Amaigrissement est le troisième signe ; mais il est extrêmement variable comme intensité ; dans la plupart des cas il est progressif et peu marqué, d'autres fois il est rapide et impressionnant, donnant au malade un aspect pseudotuberculeux. Pour A.-R. SALMON, ce cas se rapporterait à une atteinte du pancréas externe par le germe intestinal en cause ; l'amaigrissement serait donc lié à une propagation de l'infection et non pas dû à l'infection intestinale elle-même. (1)

2° SIGNES FONCTIONNELS MÉCANIQUES

Les infections intestinales s'accompagnent de signes mécaniques, qui sont des signes douloureux et qui, précisément, rendent leur diagnostic difficile avec les gastronévroses et les entéronévroses.

Pour déclencher un déséquilibre neuro-végétatif dans le territoire du sympathique et du para-

(1) Les selles sont au nombre de 6 à 8 par jour, diarrhéiques, glaireuses, contenant des matières. Elles s'accompagnent de ténésme et d'épreintes.

sympathique abdominal, il faut une épine irritative. L'existence d'une infection intestinale même discrète suffit pour remplir ce rôle, soit qu'il y ait une action directe sur la paroi abdominale par extension locale des terminaisons parasymphathique et sympathique, soit qu'il y ait une action générale par diffusion des toxines microbiennes dans l'organisme, l'infection intestinale parasitaire va déclencher un certain nombre de troubles mécaniques que l'on peut distinguer en trois catégories :

- 1° Les spasmes,
- 2° Les dilatations,
- 3° Les manifestations douloureuses.

1° *Les Spasmes.*

Les spasmes du côlon sont particulièrement fréquents et se traduisent par des douleurs siègeant dans la région où l'intestin est spasmé.

Cette zone pouvant être fort étendue, il y a souvent douleurs spontanées, ou provoquées par la pression, sur tout le cadre colique. Lorsque ces spasmes sont localisés, ils le sont surtout au côlon ascendant ou dans la région du côlon sigmoïde, cette dernière localisation ne peut guère être précisée que par un examen radiologique et rectoscopique.

2° *Les Dilatations.*

Les dilatations s'opposent aux spasmes auxquels elles sont souvent associées. La zone d'atonie siège en amont ou en aval d'une zone spasmée. Dans le premier cas, elle contient des gaz sous tension, donnant à la pression une tonalité aiguë, dans le second cas les gaz sont sous une pression moindre et le tympanisme a un timbre moins élevé.

3° *Les Manifestations douloureuses.*

Les manifestations douloureuses de l'infection intestinale répondent à la banale colique intestinale. Elles sont dues soit à un spasme intense et persistant soit à une poche d'atonie avec gaz se trouvant sous pression. Leur caractéristique est souvent de se déplacer rapidement, donnant au malade une sensation de reptation douloureuse dans l'abdomen.

Il est à remarquer que chez certains sujets, ces phénomènes sont prédominants dans la fosse iliaque droite et peuvent poser le problème difficile du diagnostic d'une appendicite chronique.

3° SIGNES DE PROPAGATION DE VOISINAGE DE L'INFECTION INTESTINALE

A ces signes, proprement intestinaux, se surajoutent souvent des signes de propagation aux organes de voisinage ; ce sont là des complications plus que des signes cliniques ; mais leur fréquence, leur intrication au tableau clinique nous semblent devoir les faire introduire dans le tableau général de l'infection intestinale.

Le Syndrome entéro-rénal est maintenant classique depuis la description qu'en a faite HEITZ-BOYER. Le colibacille (ou l'entérocoque), passant par voie sanguine est éliminé par le rein et cette élimination s'accompagne d'une poussée thermique à 40°, d'une douleur à la région lombaire, de mictions fréquentes et douloureuses, avec émission d'urines contenant du pus et des germes microbiens. C'est un incident dramatique, sinon grave, qui se greffe brutalement sur une histoire chronique ou subaiguë d'infection intestinale parfois assez discrète.

La Cholécystite est, avec le syndrome précédent, la complication la plus fréquente de l'infection intestinale. Le colibacille et l'entérocoque passent dans la vésicule biliaire, entraînant une élévation un peu plus forte de température et une douleur plus ou moins vive, spontanée et provoquée, dans la région vésiculaire. Cette cholécystite peut être si discrète qu'elle passerait inaperçue si, devant la persistance des symptômes, malgré les différentes thérapeutiques employées, on ne pratiquait pas une cholécystographie et un tubage duodénal.

CHIRAY et ses élèves ont particulièrement insisté sur la fréquence de ces cholécystites infectieuses non lithiasiques et l'on peut dire que toute infection intestinale, se prolongeant pendant une trop longue durée finit par atteindre la vésicule biliaire.

La propagation au pancréas, dont nous avons déjà parlé plus haut, se caractérise surtout par l'amaigrissement considérable ; A.-R. SALMON a montré qu'elle est aussi une découverte de tubage. Son évolution est parallèle à celle de l'infection intestinale et, contrairement aux pancréatiques chroniques, autrefois seules connues, elle évolue le plus souvent vers la guérison.

L'épreuve à la secrétine purifiée, mise au point dès 1926 par CHIRAY, SALMON et Mlle JEANDEL, modifiée par BOLGERT, permet de constater précocement cette insuffisance pancréatique externe et d'en suivre l'évolution.

ÉVOLUTION

L'évolution de cette infection intestinale est extrêmement variable suivant les cas, nous croyons qu'elle peut être schématisée de la façon suivante :

Quatre éventualités sont possibles :

1) *Evolution subaiguë traînante* : C'est là un cas relativement rare. La fièvre s'établit d'une façon permanente, le malade maigrit et il se produit une véritable cachexie d'origine intestinale. Ce sont ces cas qui peuvent faire porter le diagnostic de tuberculose intestinale.

2) *Evolution par poussées* : C'est de beaucoup la plus fréquente ; des poussées aiguës se produisent à intervalles plus ou moins espacés, elle revêt alors le tableau de la crise de cœlite aiguë.

3) *Passage à la chronicité* : Les signes généraux disparus, il persiste souvent pendant des années, des troubles de transit intestinal : soit constipation rebelle et permanente, soit constipation coupée par des débâcles de diarrhées.

4) L'évolution peut être modifiée par une *complication*. En dehors de la propagation de l'infection que nous avons déjà étudiée, deux ordres de complication peuvent se produire d'une façon d'ailleurs exceptionnelle :

- a) par aggravation des troubles mécaniques :
invagination, subocclusion et occlusion intestinale ;
- b) par aggravation des troubles infectieux :
septicémie, septicopyohémies.

Ce sont ces complications possibles et leur risque de passage à la chronicité qui doivent faire réserver le pronostic, celui-ci ne pouvant être établi d'une façon à peu près certaine sans adjoindre à l'examen clinique, un examen radiologique et un examen coprologique.

PRONOSTIC

Comme nous l'avons dit, le pronostic est extrêmement variable suivant les cas, il se basera non seulement sur la chronicité de la maladie ; mais encore sur le germe en cause, les infections à colibacille et à entérocoque étant beaucoup moins graves que celles à bacille dysentérique.

L'examen radiologique a une importance considérable pour établir ce pronostic ; en effet, l'existence d'un mégacôlon, ou d'un dolichocôlon, entraîne une persistance beaucoup plus tenace des troubles infectieux et constitue pourrait-on dire une véritable infirmité.

La ptose intestinale, spécialement la ptose du côlon transverse, est un facteur d'aggravation ; il en est de même de la périviscérite, en particulier lorsqu'elle siège au côlon droit accolant le cæcum et le côlon ascendant avec la partie droite du côlon transverse (accolement en canon de fusil).

L'examen coprologique a également une importance pronostique ; c'est lui qui permet de constater l'existence prédominante de la fermentation ou de la putréfaction intestinale ; il montre la composition de la flore microbienne, celle-ci devenant plus riche au moment des poussées aiguës et, d'autre part, il permet de déceler des insuffisances digestives qui se traduisent par la présence de fibres musculaires intactes et de savons.

Dans sa forme moyenne l'infection intestinale

est une maladie à poussée évolutive qui peut durer des mois ou des années et qui présente souvent des accès saisonniers, en particulier au printemps et à l'automne. Ce rythme évolutif permet de la distinguer des entéronévroses, mais il ne suffit pas à faire un diagnostic certain car, dans bien des cas, il est peu net et les entéro-côlites infectieuses peuvent même avoir des poussées aiguës produites par un surmenage physique ou intellectuel.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est d'une importance capitale, car de lui dépendent les directives thérapeutiques, et celles-ci doivent être rapidement précisées pour empêcher la propagation de l'infection à la vésicule biliaire ou aux reins.

Par exemple, la colibacillose intestinale est beaucoup plus facile à guérir que la colibacillose vésiculaire et les échecs de thérapeutique habituelle sont très souvent dus à l'existence de cette localisation secondaire.

C'est pour préciser ce diagnostic que nous avons cherché à établir une épreuve pharmacologique permettant de distinguer les entéronévroses des différentes manifestations de l'infection intestinale, en particulier dans sa forme légère.

A la consultation de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Cochin, Mlle ARDILLIER a consacré une série de recherches de diagnostic de l'appendicite chronique et, dans sa thèse, elle montre l'intérêt de donner à ses malades des bromures et de l'ésérine associés pour ne pas opérer à tort un malade atteint, non pas d'appendicite chronique, mais d'entéronévrose.

Nous allons voir, dans ce qui va suivre, qu'une épreuve complémentaire peut être utilisée pour distinguer les entéro-côlites des mêmes entéronévroses.

Nous rappellerons brièvement qu'en présence d'un malade souffrant de l'abdomen, et présentant

des troubles intestinaux, le premier point à préciser est de savoir s'il s'agit d'une affection retentissant sur le péritoine et nécessitant une intervention chirurgicale rapide, ou, au contraire, si on est en présence d'un cas purement médical.

Nous supposerons le diagnostic arrivé à ce stage, alors se pose le problème des entérocolites et des entéronévroses.

Il est difficile : nous avons vu l'intrication des signes nerveux et des signes infectieux ; nous avons dit la discrétion de ceux-ci dans un grand nombre de cas. L'examen radiologique ne suffit pas à préciser la cause car pour entraîner des troubles neuro-végétatifs abdominaux, il faut une épine irritative et celle-ci peut être précisément une ptose ou une malformation intestinale, voire même une légère infection intestinale qui risque de passer inaperçue, face à l'intensité des troubles nerveux.

Pour épreuve diagnostique pharmacologique, nous avons choisi une association médicamenteuse s'attaquant aux différentes manifestations des entérocolites, sauf aux troubles nerveux associés. Notre choix a porté sur un certain nombre de produits dont nous allons justifier l'emploi :

- le sulfate d'orthoxyquinoléine ;
- le sous-gallate de bismuth ;
- la poudre de curcuma *Xanthorriza* ;
- l'ipéca à petite dose.

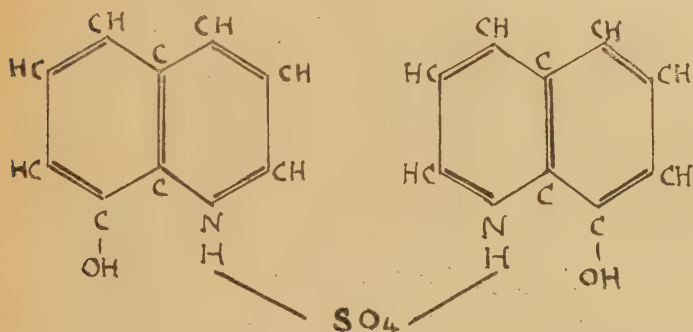
1° LE SULFATE D'ORTHOXYQUINOLÉINE

Le sulfate d'orthoxyquinoléine est obtenu par synthèse, à partir de l'orthoaminophénol, suivant la technique de Skraup ; ce procédé ayant l'avantage de permettre d'éviter la présence d'isomères moins actifs et moins bien tolérés.

Il se présente sous forme de microcristaux jaunes, d'odeur légère, très solubles dans l'eau, peu solubles dans les solvants organiques.

Sa solution aqueuse a un ph voisin de 3,2 sans que toutefois cette réaction acide puisse présenter des inconvénients.

Il répond à la formule :



Son pourcentage élevé en ortho-hydroxyquinoléine le fait souvent préférer, au moins pour l'usage interne, au sel double d'ortho-hydroxyquinoléine et de potassium.

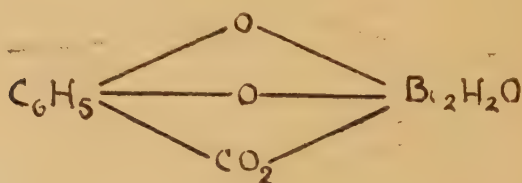
Son absence de toxicité, d'action sur le cœur, sur le rein, en fait un antiseptique particulièrement précieux, tant pour l'usage interne que pour l'usage externe.

Par voie buccale, à des doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 80 par jour, il s'est révélé comme très efficace vis-à-vis d'un grand nombre d'agents pathogènes : trypanosomie gambiense de la maladie du sommeil, streptocoque de l'érysipèle, bacille de Shiga (Evers-Agnauer), Entamoeba coli de la dysenterie amibienne (Lünke). A propos de cette dernière indication, il peut être intéressant de noter la parenté

chimique qui existe entre l'orthoxyquinoléine et les principes actifs antidysentériques de l'ipéca.

2° LE SOUS-GALLATE DE BISMUTH

Le sous-gallate de bismuth est un sel de bismuth dont la formule semble être :



C'est un médicament astringent, antidiarrhérique à la dose journalière de 2 à 4 grammes et qui, par conséquent, est indiqué chaque fois qu'il y a diarrhée ou constipation avec débâcle diarrhéique.

3° LA POUDRE DE CURCUMA XANTHORRIZA

La poudre de Curcuma Xanthorriza a une action cholagogue et cholérétique qui régularise le flux biliaire et, par contre-coup, le transit intestinal.

4° LA POUDRE D'IPÉCA

La poudre d'ipéca est une médication classique des troubles intestinaux et en particulier des syndromes dysentériques.

En associant ces quatre éléments on agit donc simultanément contre le facteur infectieux, contre les modifications du transit intestinal ; mais on

laisse de côté tout effet sur l'élément neuro-végétatif.

Dans la pratique, les observations qui suivent montreront que cette association constitue non seulement un moyen de diagnostic mais encore, grâce à leur effet favorable à peu près constant, une des thérapeutiques les plus efficaces de l'infection intestinale sous toutes ses formes.

On peut dire que chez un malade soumis à ce traitement pendant 15 jours ou 3 semaines, on arrive à faire disparaître les troubles infectieux ; si ceux-ci existaient seuls, on obtient la guérison ; si ceux-ci étaient associés à des troubles nerveux, on obtient une amélioration, le malade voyant en général disparaître ses troubles diarrhéiques.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'entéronévroses, l'échec de cette thérapeutique permet de préciser le diagnostic ; c'est dans de tels cas que l'association bromures-ésérine réussit là où l'association oxyquinoléine-bismuth-curcuma-Ipéca a échoué.

OBSERVATIONS

I. — AFFECTIONS INTESTINALES NON SPÉCIFIQUES

OBS. 1. — Mme C..., 43 ans, consulte pour douleurs abdominales avec selles diarrhéiques (5 à 6 selles par jour). L'état général est mauvais ; amaigrissement, facies terreux, asthénie ; il existe des troubles neuro-végétatifs ; palpitations, vertiges et migraines.

A l'examen on ne trouve qu'un peu de dilatation du cæcum qui est comme tout le cadre colique légèrement douloureux à la palpation. L'examen des selles ne montre pas de parasites ; mais décèle une quantité anormale d'acides organiques.

La température est normale ; elle ne dépasse pas 37°6 le soir.

Le diagnostic de cõlite diffuse est porté ; mais l'on peut discuter pour savoir s'il s'agit d'une entéro-névrose ou d'une cõlite infectieuse légère. On penche vers cette deuxième hypothèse ; on institue un régime approprié et l'on prescrit par jour 4 comprimés associant l'oxyquinoléine et le curcuma xanthoriza au bismuth et à l'ipéca à petites doses.

Voici la formule exacte de ces comprimés :

méta-iodo-ortho-oxyquinoléine anasulfonate de sodium	0,01
sous-gallate de bismuth	0,10
sulfate neutre d'ortho-oxyquinoléine	0,10
curcuma xanthoriza pulv.	0,10
ipéca	0,01
pour 1 comprimé.	

La malade est revue trois jours après ; elle n'a plus qu'eux selles par 24 heures non moulées et non fétides. Au bout d'une semaine, on constate une guérison complète. Il n'y a plus ni palpitations, ni migraines, ni vertiges. Le traitement a eu une durée totale de 9 jours.

OBS. 2. — Mme Ri..., 72 ans, vient consulter pour des douleurs abdominales à type de colique à prédominance nocturne et s'accompagnant de selles diarrhéiques.

Lorsque la malade est vue en Janvier 1944, elle présente des troubles depuis 3 semaines déjà et tous les traitements sont restés sans effet. Depuis le début de sa maladie elle n'a

eu que deux crochets thermiques le soir à 38°5 et le jour la température oscille entre 36°8 et 37°4.

La malade est une nerveuse présentant manifestement des signes d'irritabilité vago-sympathique. On peut se demander chez elle s'il s'agit d'une affection intestinale fonctionnelle du type d'entéro-névrose, ou bien si une infection intestinale est en cause.

Une première épreuve thérapeutique est faite avec une association de bromures et d'ésérine. Huit jours de ce traitement ne donnent aucun résultat. On arrête l'épreuve et on lui substitue l'épreuve de l'Oxyquinoléine, curuma xanthoriza, bismuth et ipéca. Au bout de 48 heures, les selles se raréfient et sont mieux moulées, en 6 jours de traitement la guérison complète se produit.

Obs. 3. — M. C..., 38 ans, vient consulter pour un syndrome abdominal aigu à début brusque : Il a été pris, dans la nuit, de violentes coliques abdominales accompagnées de nausées et de selles abondantes et fétides. Lorsque nous le voyons, les douleurs, un peu moins vives qu'au début, sont généralisées à tout l'abdomen. La température qui était montée à 38°2, est redescendue à la normale. A la palpation, l'abdomen est souple ; mais météorisé et légèrement douloureux. Les selles, très liquides, ne contiennent ni fausses membranes ni glaires sanglants.

On administre au malade les comprimés dont nous avons donné la formule à l'Obs. 1.

Dès le lendemain, les coliques douloureuses disparaissent, l'état général s'améliore ; mais cependant il y a encore 5 selles dans les 24 heures et l'abdomen reste douloureux. L'examen coprologique ne montre aucun germe ni aucun parasite pouvant être mis en cause.

Deux jours après, il n'y a plus que trois selles.

Les douleurs abdominales et le météorisme ont entièrement disparu : 3 jours plus tard enfin, la guérison peut être considérée comme complète. La thérapeutique est continuée à la dose de 4 comprimés par jour pendant 6 jours, puis elle est définitivement cessée.

Obs. 4. — M. Do..., 48 ans, représentant de commerce, vient consulter le 17 Décembre 1944 pour une crise douloureuse abdominale ayant commencé trois semaines auparavant et siègeant surtout dans l'hypocondre droit. Le sujet est un anxieux qui craint une crise d'appendicite, qui s'obnubile sur la sensibilité plus grande de sa fosse iliaque droite.

L'examen clinique fait penser à une affection colitique généralisée et l'examen radiologique montre des spasmes de tout le cadre colique et une région appendiculaire non douloureuse.

La température étant quasi normale (37°5), on pense à une colite spasmodique et l'on établit un traitement d'épreuve aux bromures et à l'ésérine ; quatre jours après, devant l'échec total de ce traitement, nous recourons aux comprimés habituels dont nous avons donné la formule dans l'observation 1. Ces comprimés sont administrés au nombre de 6 par jour : deux avant chaque repas ; ils entraînent en trois jours une amélioration considérable ; on les continue alors pendant 6 jours à la dose de 4 comprimés par jour seulement. Lorsque le traitement est cessé la guérison peut être considérée comme complète.

Obs. 5. — Mme B..., 28 ans, couturière, vient consulter pour douleurs abdominales accompagnées de modifications des selles. Lorsque nous la voyons au début de Novembre 1943, les troubles remontent à 5 ou 6 jours, mais depuis quelques mois la malade a déjà présenté à plusieurs reprises des troubles analogues.

Les douleurs abdominales sont semblables à celles que l'on rencontre dans les colites ; elles s'accompagnent en plus de ténesmes et d'épreintes. Les selles, au nombre de 6 par jour, en moyenne, sont liquides, légèrement fétides, et contiennent quelques fausses membranes.

Par ailleurs, l'état général est bon mais il existe un subictère discret et le foie, qui déborde d'un bon travers de doigt le rebord costal, est sensible à la palpation.

Cliniquement, on porte le diagnostic de colite aiguë par retentissement hépatique ; on conseille un régime approprié et l'on prescrit 4 comprimés par jour : 2 au milieu de chacun des deux principaux repas, d'oxyquinoléine, curcuma xanthorizé, bismuth et ipéca.

Après deux jours de traitement, les phénomènes douloureux ont complètement disparu, y compris les ténesmes et les épreintes ; les selles ne sont plus qu'au nombre de trois dans les 24 heures ; elles ont perdu leur fétidité et ne contiennent plus de fausses membranes.

Au 5^e jour, elles sont redevenues solides, au nombre de deux par jour. Une alimentation normale peut alors être entreprise, et la guérison semble complète. Cependant on conseille à la malade de prendre encore pendant 5 jours, trois comprimés par jour.

On revoit Mme B... 15 jours plus tard ; elle n'a plus eu ni phénomènes douloureux, ni selles anormales.

Obs. 6. — M. Lab..., 35 ans, ancien colonial, a été soigné autrefois par des cures à Vichy pour une congestion hépatique cataloguée « gros foie colonial ».

Lors de son séjour aux colonies, il n'avait jamais eu de dysentérie ni de paludisme. Il vient nous consulter en Juillet 1944 pour une crise aiguë de diarrhée accompagnée de douleurs abdominales diffuses, sa température ne dépasse pas 37°5 le soir ; mais atteint parfois le matin 37°7. Son état général semble profondément atteint.

Les examens cliniques, radiologiques et coprologiques, permettent d'éliminer une lésion organique avec une poussée d'amibiase.

On administre à ce malade 6 comprimés par jour pendant 48 heures, puis 4 comprimés par jour pendant 8 jours des comprimés habituels. Le résultat est extrêmement rapide. La diarrhée est arrêtée en trois jours et la guérison peut être considérée comme acquise en moins de six jours. Fait intéressant, le malade avait déjà eu des poussées semblables 3 ou 2 ans auparavant ; la thérapeutique employée alors avait échoué et les crises avaient duré trois semaines l'une, et un peu plus d'un mois la seconde.

Obs. 7. — Mlle S..., 12 ans, écolière, se plaint de douleurs abdominales survenant sans horaire fixe dans la journée. Elle vient nous consulter à la fin de Septembre 1944 parce que, à ces douleurs, s'est associé de la diarrhée qui persiste malgré différents traitements. L'examen coprologique ne donne aucune indication sur le germe pouvant être à l'origine de ces troubles intestinaux ; l'examen clinique montre une douleur à la palpation sur tout le cadre colique ; il semble s'agir d'une colite diffuse où l'élément infectieux paraît assez discret puisque la température qui est de 36°8 le matin ne dépasse pas 37°6 le soir. Chez cette jeune malade, nous prescrivons les comprimés habituels à la dose de 3 par jour, un avant chaque repas. La disparition de la diarrhée se fait en 24 heures. Les douleurs persistent un peu plus longtemps, mais cependant au 6^e jour de traitement, on peut considérer la guérison comme acquise.

Obs. 8. — Mlle H..., 22 ans, sans profession, vient nous consulter pour une constipation opiniâtre coupée de débâcles de diarrhée et surtout pour des crises coliques devenant de plus en plus fréquentes. Nous voyons cette jeune malade en Mai 1944. Un examen radiologique nous montre chez elle un méga et un dolichocolon. Cette malformation intestinale explique la persistance et la répétition de plus en plus fréquente de ces crises.

Cette jeune fille a fait un long séjour en Egypte, mais elle n'a eu ni paludisme ni dysenterie amibienne et l'examen coprologique ne met aucun germe en évidence. Il semble

qu'il s'agisse d'une poussée infectieuse banale sur le mégadolichocolon.

Le résultat obtenu ici par les comprimés associant l'oxyquinoléine, le curcuma xanthorriza, le bismuth et l'ipéca a été particulièrement remarquable ; à la dose de 6 comprimés par jour on a enrayé la poussée aiguë en huit jours. Depuis, la malade prend systématiquement trois comprimés par jour, 10 jours par mois, et jamais elle n'a refait de troubles intestinaux semblables à ceux pour lesquels elle était venue consulter.

Les observations précédentes montrent que dans tous les cas où une affection intestinale même discrète, est en cause, l'épreuve thérapeutique à l'oxyquinoléine, au curcuma xanthorriza, au bismuth et à l'ipéca, permet de mettre en évidence les affections intestinales non spécifiques et en constituent un excellent traitement. Nous pourrions allonger encore le chapitre en publiant d'autres observations ; mais celles-ci seraient très analogues aux précédentes et nous croyons inutile de le faire. Dans ce qui va suivre, nous voudrions, au contraire, rapporter un certain nombre de faits montrant que la même thérapeutique est également capable d'agir dans des affections intestinales à forme déterminée, c'est-à-dire ayant une spécificité bactériologique ou parasitologique.

II. — AFFECTIONS INTESTINALES DITES « SPÉCIFIQUES »

Une place de premier plan est à réserver à l'oxyurose. On sait comme cette affection est actuellement fréquente et combien elle est rebelle à la thérapeutique. Nous avons obtenu des guérisons dans 70 % des cas que nous avons eu l'occasion de traiter en prescrivant 6 comprimés d'oxyquinoléine-curcuma-xanthorriza-bismuth et ipéca par jour pendant 6 jours consécutifs. Une telle constatation est

intéressante à noter, nous ne faisons que la signaler en passant, car elle sort un peu du cadre de ce travail.

OBS. 9. — M. Pla..., 18 ans, ouvrier d'usine, vient consulter pour des troubles intestinaux assez vagues, accompagnés d'une sensation de pesanteur dans la région hépatique. Le point vésiculaire est cliniquement douloureux ; une cholécystographie ne permet pas de voir la vésicule après absorption de tétraïode ; un tubage duodénal ne ramène pas de bile B, mais permet de constater dans le liquide duodénal, la présence de nombreux lamblas. Nous administrons, à titre d'essai, l'oxyquinoléine, le curcuma xanthorriza, le bismuth et l'ipéca associés à la dose de 4 comprimés par jour. Le malade se sent amélioré rapidement au point de vue fonctionnel ; mais surtout, ce qu'il y a d'intéressant à constater, c'est au cours d'un tubage fait 6 semaines plus tard, l'absence de lamblas dans le liquide duodénal. Par la suite, le malade a malheureusement été perdu de vue et une nouvelle cholécystographie n'a pu être faite.

OBS. 10. — M. Al..., 33 ans, ancien sous-officier colonial, vient nous consulter en Janvier pour une crise intestinale caractérisée par l'émission de selles pâteuses et abondantes, surtout dans la matinée, émission de selles accompagnées de ténésmes. L'examen coprologique y montre de nombreux kystes amibiens.

On retrouve dans les antécédents du sujet une dysenterie amibienne, et, depuis son retour en France, qui remonte déjà à 5 ans, plusieurs crises semblables à celle pour laquelle il vient nous consulter, se sont produites.

Nous administrons à ce sujet 6 par jour de nos comprimés habituels ; en dix jours les selles reprennent un aspect normal ; la guérison peut être considérée comme complète à la fin de la première quinzaine de traitement.

Le malade est revu en Septembre 1944 ; un examen coprologique ne permet plus de trouver dans les selles de kystes d'amibes.

Une petite rechute en Décembre 1944 est arrêtée en trois jours par la même thérapeutique.

On voit donc, par ces quelques observations, que l'épreuve pharmacologique que nous préconisons pour déceler le facteur infectieux discret au cours des syndormes intestinaux, constitue une des

thérapeutiques les plus actives des affections intestinales spécifiques ou non. Cette épreuve a, en outre, l'avantage d'une tolérance parfaite et nous n'avons jamais obtenu, chez aucun de nos malades, de signes d'intolérance ou d'accoutumance.

CONCLUSIONS

1° L'infection intestinale est souvent discrète et cliniquement masquée par des troubles neuro-végétatifs associés ; il est, dans bien des cas, malaisé de la distinguer des entéronévroses.

2° Une épreuve diagnostique, facile à mettre en œuvre, n'est donc pas inutile. Après plusieurs essais nous avons obtenu les meilleurs résultats en administrant une association des produits suivants : Sulfate d'orthoxyquinoléine-bismuth-Curcumaxanthorriza et ipéca.

3° Cette thérapeutique agit efficacement dans tous les cas d'infection intestinale ; elle donne au contraire un échec en cas de troubles fonctionnels d'origine vago-sympathique. Elle a, en outre, l'avantage d'être toujours bien supportée et de n'entraîner ni intolérance, ni accoutumance.

4° Elle agit, non seulement dans les cas d'infection banale à colibacille et entérocoque ; mais même dans certaines formes d'amibiase, dans la lambliaze et l'oxyurose.

5° Cette épreuve pharmacologique complète donc l'épreuve aux bromures-ésérine, qui permet de distinguer les entéronévroses des infections intestinales et en particulier de l'appendicite chronique.

Vu : Le Doyen,
BAUDOUIN.

Vu : Le Président de la Thèse,
Maurice LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris;
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE

- ARNOUS (J.). — Les sigmoïdites et péricigmoïdites de l'adulte. (Thèse Paris, 1939, n° 394.)
- BALLAND (H.). — Contribution à l'étude des côlites du transverse. (Thèse de Paris, 1925, n° 44.)
- BERNARD (R.) et MILONE (S.). — Typhlites aiguës et chroniques et leurs rapports avec l'appendicite. (Arch. des mal. de l'app. digest., 1930, n° 9, p. 1052.)
- BESSON (A.) et EHRINGER (G.). — Infections intestinales et colibacille. (Rev. de Médec., 1924, n° 6, p. 345.)
- CHIRAY (M.) et BAUMANN (S.). — L'intoxication d'origine intestinale (toémie iléo-typhlo-colique) (Presse Médic. 1933, n° 44, p. 890.)
- CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — Les côlites chroniques (1 vol. Paris, Masson, 1934).
- GALLART-MONES. — Les fausses côlites. (Arch. des Mal. de l'app. digest. 1935, n° 6, p. 563).
- COIFFON. — Entérites chroniques et coprologie (Presse Médic. 1918, 2 Mai).
- GRÉGOIRE (R.). — Les pseudo-appendicites chroniques (Paris Médical, 1920, n° 19, p. 379).
- JACQUET (P.). — La solarite (Nutrition 1933, n° 4, p. 407).
— La crise entéralgique et l'appendicite chronique à forme entéralgique. (Presse Médic. 1934, n° 29, p. 578).
- JOURDAN. — Les troubles physiopathologiques au cours des diarrhées chroniques. (Journ. Belge de gastro-entérol., 1934, n° 5, p. 239).
- KIRSCH. — Contribution à l'étude de la sigmoïdite. (Thèse de Strasbourg, 1925, n° 5).
- KUENY (F.). — Contribution à l'étude du traitement médical des côlites chroniques non spécifiques. (Thèse de Strasbourg, 1925, n° 22).
- LECLERC. — Appendicite chronique et fausses appendicites (Bourgogne Médic. 1923, n° 4, p. 52).
- LIBERT. — Les diarrhées d'origine extra-intestinales. (Journ. Médic. Franç. 1925, n° 5, p. 186).
- LONGPRÉ (D.). — Les diarrhées infantiles symptomatiques (Union Médic. du Canada, 1927, n° 6, p. 326).
- MOUTIER (F.). — Le traitement des dysentéries chroniques (La Médecine, 1927, n° 10, p. 776).

- MULLER (P.). — Les syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite. (Journ. de médéc. de Paris, 1929, n° 11, p. 226).
- OLTRAMARE. — La colotyphlite (Arch. des maladies de l'app. digest., 1930, n° 5, p. 533).
- RACHET. — Côlites et colopathies. (Revue de Médéc. 1936, n° 7, p. 375).
- SALMON (Al.-R.). — Au sujet de l'appendicite chronique (Rev. de médéc., 1935, n° 4, p. 220).
— Entéronévroses et appendicite chronique (Journ. de médéc. et de chirurg. pratique, 1942, déc., p. 269).
- SANARELLI (G.). — Les entéropathies microbiennes (1 vol., Paris, Masson, 1926, p. 223).
— Pathogénie et traitement des infections dites intestinales. (Bull. de la Soc. de Path. exotique, 1933, n° 2, p. 121).
— Sur la pathogénie et le traitement des infections dites intestinales (Rev. gén. de méd. et chir. de l'Afrique du Nord, 1933, n° 232, p. 1936).
- SOUSTELLE (J.). — Les sigmoïdites ; étude anatomoclinique et thérapeutique. (Thèse de Lyon, 1937, n° 11).
- SPERBER. — Contribution à l'étude des côlites ulcéreuses chroniques. (Thèse de Strasbourg, 1932, n° 25).
- STIEFFEL (R.). — Diagnostic et traitement de la côlite muco-membraneuse. (Bull. médical, 1931, 15 Août, p. 567).
- TIMBAL. — De l'utilité de l'examen radiologique pour le diagnostic des diarrhées chroniques (Toulouse médic., 1922, n° 4, p. 136).



